**AL COMUNE DI GOLFO ARANCI**
**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**
**VIA LIBERTA' N. 74**
**07020 GOLFO ARANCI**

**OGGETTO: Richiesta di accesso al Programma "Mi prendo cura" ai sensi della Legge Regionale 22 Novembre 2021 N. 17, ART. 6 e delle Delibere della Giunta regionale n. 48/46 del 10/12/2021, n. 12/17 del 07/04/2022 e n. 10/28 del 16/03/2023 e n. 67/24 del 23/12/2025 – Linee d'indirizzo annualità 2026/2027. Rimborso spese annualità 2026.**

__l__ sottoscritt__ _____ nat____ a _____

il ____/_____/____ C.F. _____

Residente a _____Via/Piazza_____n.____

Telefono _____ e mail: _____

**nella qualità di:**

- ☐ diretto interessato, in quanto beneficiario del Programma "Ritornare a Casa Plus" nell'anno 2026
- ☐ legale rappresentante ☐ amministratore di sostegno ☐ familiare di riferimento ☐ altro _____

Del/della signor/a _____

nato a _____ il _____residente a _____

in Via _____ n. ___ C.F. _____

Telefono _____ e mail: _____

**RICHIEDE**

il beneficio di cui al programma "Mi prendo Cura" - Misura complementare al programma Ritornare a Casa Plus.

**DICHIARA**

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000;

 Di essere attualmente beneficiario del Progetto "Ritornare a Casa Plus" attivo nell'anno 2026 e di aver sostenuto nel corso dello stesso anno le spese documentate nel presente modulo di domanda, correlate all'acquisto di medicinali, protesi e ausili (non forniti dal servizio sanitario regionale), energia elettrica e/o riscaldamento (che non trovano copertura tra le tradizionali misure a favore dei non abbienti);

 Di essere attualmente in lista d'attesa per l'attivazione di un progetto Ritornare a Casa Plus da oltre 30 giorni e di aver sostenuto da quella data spese per l'acquisizione di servizi professionali di assistenza alla persona per € _____, come documentato dalla documentazione allegata;

 che per le spese oggetto di rendicontazione, nella misura in cui le stesse sono rimborsate con la presente misura, non ha ricevuto e non riceverà rimborsi a qualsiasi titolo da altre misure regionali

e statali e che non usufruirà per le stesse delle detrazioni fiscali mediante dichiarazione mod. 730/ Unico 2026;

□ che il cittadino in possesso dei requisiti previsti dal programma “Mi Prendo Cura” anno 2026 ha sostenuto nell’anno 2026 spese per:

1. medicinali, ausili e protesi per un importo di € _____,
2. energia elettrica per un importo di € _____,
3. riscaldamento (gas, gasolio, legnatico, pellet, altro) per un importo di €_____,
4. servizi professionali di assistenza alla persona per un importo di € _____,

(per i destinatari di cui all’art. 2 b) dell’Avviso Pubblico):

□ Di impegnarsi a comunicare tempestivamente, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo.

**Allega:**

- Rendicontazione spese sostenute nel 2026 correlate all’acquisto di servizi professionali di assistenza alla persona, medicinali, protesi, ausili, energia elettrica e/o riscaldamento, come meglio specificato nell’Avviso Pubblico;
- Documento bancario /postale contenente il codice iban del c/c sul quale deve essere accreditato il beneficio se diverso rispetto a quello già utilizzato dall’ufficio;
- Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;

Golfo Aranci, _____

Firma

_____